

hiều nhất thủy thái dương, thủy trán. Điều trị sớm bằng acyclovir mang lại hiệu quả cao, giảm được tỷ lệ di chứng. Vì vậy bệnh nhân cần được chẩn đoán và điều trị sớm bằng acyclovir để giảm nguy cơ di chứng về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ak AK, Bhutta BS, Mendez MD.** Herpes Simplex Encephalitis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed June 26, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557643/>
2. **Whitley RJ.** Herpes simplex encephalitis: adolescents and adults. *Antiviral Res.* 2006;71(2-3):141-148. doi:10.1016/j.antiviral.2006.04.002
3. **Tạ Thị Diệu Ngân,** Kết quả điều trị viêm não do Herpes simplex virus tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2018-2022, Tạp chí y học Việt Nam, Tập 523, tháng 2, số 2, 2023.
4. **Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, et al.** Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis.* 2013;57(8):1114-1128. doi:10.1093/cid/cit458
5. **Lê Trọng Dụng,** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm não Herpes tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
6. **Nông Thanh Tuyền,** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh viêm não do Herpes Simplex virus tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2016-2019, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
7. **Hoàng Sơn,** Nghiên cứu kết quả điều trị viêm não Herpes Simplex bằng acyclovir và các yếu tố liên quan tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015-2017, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
8. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Ban hành kèm theo Quyết định số: 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Published online 2016.
9. **Elbers JM, Bitnun A, Richardson SE, et al.** A 12-year prospective study of childhood herpes simplex encephalitis: is there a broader spectrum of disease? *Pediatrics.* 2007;119(2):e399-407. doi:10.1542/peds.2006-1494
10. **Hsieh WB, Chiu NC, Hu KC, Ho CS, Huang FY.** Outcome of herpes simplex encephalitis in children. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007;40(1): 34-38.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Kéo DÀI THUỐC KHÁNG VI RÚT TDF TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B MẠN TẠI VIỆN Y HỌC NHIỆT ĐỚI BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng¹, Lê Thị Hồng Linh¹, Trương Thái Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Kết quả điều trị kéo dài của thuốc kháng vi rút TDF trên người bệnh viêm gan vi rút B mạn tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai”. **Đối tượng nghiên cứu:** 206 người bệnh chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2010 đến 8/2024 được lựa chọn theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng vi rút sau 6 tháng điều trị là 56,4% sau đó tỷ lệ tăng theo thời gian dao động >80% sau 18 tháng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng sinh hóa thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 73,3% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 93,3% ở tháng 78 tháng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng huyết thanh HBeAg ở những người bệnh có HBeAg dương tính ở thời điểm 6 tháng điều trị là 14,3%, tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 6,7% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 45,4% ở tháng 84 tháng. Tỷ lệ đáp ứng HBsAg ở những người bệnh ở thời điểm 36 tháng điều trị là 1,7% (1/66 người bệnh), tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 4,8% (2/42 người bệnh) ở tháng 60 điều trị và cao nhất 20% (3/15 người bệnh) ở tháng 78 tháng điều trị.

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dungaids2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

Từ khóa: HBV, TDF, Viêm gan vi rút B mạn

SUMMARY

LONG-TERM TREATMENT OUTCOMES OF THE ANTIVIRAL TDF IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AT THE BACH MAI INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE

Objective: “Long-term treatment outcomes of the antiviral TDF in patients with chronic hepatitis B at the Bach Mai Institute of Tropical Medicine.” **Study subjects:** 206 patients diagnosed with chronic hepatitis B and treated at the Bach Mai Institute of Tropical Medicine – Bach Mai Hospital, from August 2010 to August 2024, selected by convenience sampling method. **Research method:** Descriptive study. **Results and conclusion:** The virological response rate after 6 months of TDF treatment was 56,4%, which then increased to over 80% after 18 months of treatment. The biochemical response rate varied, with the lowest at 73.3% in month 30 and the highest at 93.3% in month 78 of treatment. Among patients who were HBeAg-positive, the HBeAg response rate at 6 months of TDF treatment was 14.3%, fluctuating from a minimum of 6.7% at month 30 to a maximum of 45.4% at month 84. The HBsAg response rate after 36 months of TDF treatment was 1,7% (1/66 patients), with the lowest being 4.8% (2/42 patients) at month 60 and the highest reaching 20.0% (3/15 patients) at month 78 of treatment.

Keywords: HBV, TDF, Chronic hepatitis B

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B mạn là bệnh truyền nhiễm có ở khắp nơi trên thế giới và vi rút viêm gan B (Hepatitis B virus: HBV) là nguyên nhân thường nhất trong số những vi rút gây bệnh gan ở người. Mặc dù HBV đã có vắc xin phòng bệnh nhưng báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2024 ước tính hàng năm số lượng người nhiễm HBV mới trên thế giới là khoảng 1,2 triệu người [1]. Nhiễm HBV mạn có thể để lại những hậu quả nặng nề như xơ gan, ung thư tế bào gan, bệnh gan giai đoạn cuối và tử vong, nguyên nhân của 60 – 80% ung thư tế bào gan trên toàn thế giới. Điều trị viêm gan vi rút B mạn nhằm ức chế sự nhân lên của HBV, hạn chế các hậu quả của bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong điều trị viêm gan vi rút B mạn không thể loại trừ hoàn toàn HBV được do tồn tại dai dẳng cccDNA (Covalently closed circular DNA) trong tế bào bị nhiễm, điều đó giải thích sự bùng phát của HBV khi ngừng thuốc. Nhiều thuốc kháng vi rút loại dẫn chất nucleotit (NA: Nucleos(t) Analog) đã được sử dụng, trong đó có tenofovir disoproxil furamate (TDF) là một trong những thuốc ưu tiên lựa chọn trước tiên trong điều trị viêm gan vi rút B mạn hiện nay [2],[3] với hiệu quả kháng vi rút mạnh và bền vững. Điều trị TDF kéo dài có thể giảm xơ gan và ung thư tế bào gan ở những người bệnh có hay không có xơ gan [4]. TDF là thuốc có tác dụng mạnh và hàng rào kháng thuốc cao nên thuốc được khuyến cáo chỉ định cho những người bệnh viêm gan vi rút B mạn. Đánh giá hiệu quả điều trị TDF trên người bệnh viêm gan vi rút B mạn các tác giả trên thế giới đã công bố với những tỷ lệ đáp ứng khác nhau [5-7].

Việt Nam nằm ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương, lưu hành HBV cao, tỷ lệ người mang HBsAg (Hepatitis B surface Antigen: Kháng nguyên bề mặt của HBV) trên 8%. Nghiên cứu về điều trị TDF trong điều trị viêm gan vi rút B mạn tại Việt Nam số lượng tăng trong thời gian gần đây nhưng những nghiên cứu về kết quả điều trị kéo dài trong nhiều năm còn hạn chế. Mặt khác việc có được thông tin về hiệu quả điều trị thuốc kháng vi rút TDF kéo dài là vô cùng cần thiết để giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc lập kế hoạch, định hướng và tiên lượng điều trị góp phần thiết thực chăm sóc sức khỏe người bệnh.

Chính vì những lý do nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Kết quả điều trị kéo dài của thuốc kháng vi rút TDF trên người bệnh viêm gan vi rút B mạn tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ và tài liệu lưu người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn và điều trị TDF tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2010 đến 8/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Người bệnh có các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn và điều trị thuốc kháng vi rút theo hướng dẫn Bộ Y tế Việt Nam năm 2019 [8] như sau:

HBsAg dương tính kéo dài ≥ 6 tháng.

Tải lượng HBV-ADN $\geq 2 \times 10^4$ IU/ml với HBeAg dương tính và tải lượng HBV-ADN $\geq 2 \times 10^3 - 10^4$ IU/ml với HBeAg âm tính.

ALT tăng ≥ 2 ULN. Nếu ALT tăng 1-2 ULN và tải lượng HBV-ADN cao theo tiêu chuẩn trên, người bệnh được chỉ định sinh thiết gan hoặc đo Fibroscan có phản ứng viêm hoại tử mức độ vừa hoặc nặng và xơ gan (giai đoạn F2 trở lên theo thang điểm Metavir) được chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút.

- Người bệnh từ 16 tuổi trở lên.

- Điều trị thuốc TDF

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh có xét nghiệm HIV dương tính, antiHCV dương tính

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai - Bệnh viện Bạch Mai

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 8/2023 đến 08/2024

2.2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành lấy hồ sơ, tài liệu lưu của người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai từ tháng 8/2010 đến 8/2024 có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ chọn tham gia nghiên cứu.

2.2.5. Vật liệu nghiên cứu

- Phiếu bệnh án nghiên cứu do nhóm nghiên cứu xây dựng

- Xét nghiệm huyết học (công thức máu và đông máu cơ bản), sinh hóa máu (ALT, AST, albumin), xét nghiệm huyết thanh học (HBeAg, anti-HBe, anti-HCV và HIV), định lượng HBsAg và HBV-ADN thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.6. Quy trình theo dõi người bệnh

- Hồ sơ và tài liệu người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai thời gian từ 8/2010 - 08/2024 sẽ được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn người bệnh của nghiên cứu.

Thu thập thông tin chung về người bệnh: Tuổi, giới, tình trạng xơ gan

Thu thập xét nghiệm sinh hóa (ALT, AST), huyết thanh học (antiHCV, HIV, HBeAg, anti-HBe), định lượng HBsAg và HBV-DNA.

Bệnh nhân được siêu âm gan mật đánh giá hình thái học của gan theo quy trình khám thường quy đối với người bệnh.

Thu thập thông tin về điều trị thuốc TDF

- Người bệnh được đánh giá tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút loại NA dựa theo thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS của Bộ Y tế Việt Nam. Thu thập các thông tin khám và điều trị của người bệnh nghiên cứu sau mỗi 6 tháng điều trị.

Bảng 2.1: Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị

Độ tuân thủ	Tỷ lệ % ngày uống thuốc/tháng	Số ngày quên/tháng
Tuân thủ tốt	≥95%	≤2 ngày
Tuân thủ trung bình	85-94%	3-4 ngày
Tuân thủ kém	<85%	≥5 ngày

2.2.7. Đánh giá đáp ứng điều trị

Đáp ứng sinh hóa: Giảm ALT trong giới hạn bình thường.

Đáp ứng huyết thanh HBeAg chỉ đánh giá với những người bệnh viêm gan vi rút B mạn HBeAg dương tính: Mất HBeAg và chuyển đảo huyết thanh anti-HBe.

Đáp ứng vi rút: Xác định khi tải lượng HBV-ADN dưới ngưỡng phát hiện được bằng phương pháp PCR tại thời điểm đánh giá.

Đáp ứng huyết thanh HBsAg: Mất HBsAg và xuất hiện anti-HBs

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học. Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất và giá trị nhỏ nhất

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua trước Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai. Các số liệu về sức khỏe của người bệnh nghiên cứu được giữ bí mật. Khi công bố kết quả về khoa học cũng không nêu tên cụ thể từng người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 8/2010 đến 8/2024, nghiên cứu chọn được 206 người bệnh chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại Viện Y học Nhiệt đới Bạch Mai.

Bảng 3.1: Số lượng người bệnh nghiên cứu theo thời gian

Thời gian	Bắt đầu	6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng
n	206	113	118	84	85
Thời	30	36	42	48	54

gian	tháng	tháng	tháng	tháng	tháng
n	61	68	55	53	32
Thời gian	60 tháng	66 tháng	72 tháng	78 tháng	84 tháng
n	43	25	38	15	27

Nhận xét: Khi bắt đầu vào nghiên cứu có 206 người bệnh điều trị, những lần khám tiếp theo số lượng người bệnh khám thay đổi trong mỗi lần khám, số lượng người bệnh khám khi điều trị được 84 tháng là 27 người bệnh điều trị TDF.

Bảng 3.2: Đặc điểm người bệnh trước điều trị

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	131	63,6
	Nữ	75	36,4
	Tổng	206	100
Tuổi	Mean ± SD	39,9±13,6	
	Min-max	17 – 79	
	Mean ± SD	195,8±265,7	
ALT	Min-max	18 – 2309	
	<2 ULN	62	30,1
	2-<5 ULN	90	43,7
	5-<10 ULN	31	15,1
	≥10 ULN	23	11,2
	Tổng	206	100
HBeAg	Dương	110	54,2
	Âm tính	93	45,8
	Tổng	203	100
Định lượng HBsAg (IU/ml) (n=141)	Mean ± SD	42599,7±152231,2	
	Min-max	18-1351200	
	<100	3	2,1
	100-<1000	19	13,5
	1000-<10.000	66	46,8
	≥10.000	53	37,6
	Tổng		
HBV-ADN (log ₁₀ IU/ml)	Mean ± SD	6,27±1,58	
	Min-max	1,95 – 8,92	
	<5	49	23,8
	5-<8	121	58,7
	≥8	36	17,5
	Tổng	206	100

(Mean: trung vị, SD: độ lệch chuẩn, max: cao nhất, min: nhỏ nhất)

Tỷ lệ nam giới chiếm 63,6%, tuổi trung bình là 39,9 ± 13,6 (năm), nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và cao tuổi nhất là 79 tuổi. Nồng độ ALT trung bình là 195,8±265,7U/L với ALT cao nhất là 2309 U/L

Trong 206 người bệnh có 203 người bệnh được xét nghiệm HBeAg, tỷ lệ HBeAg dương tính là 54,2%, có 141 người bệnh được xét nghiệm định lượng HBsAg với định lượng HBsAg trung bình là 42599,7 ± 152231,2 U/L, thấp nhất 18 U/L và cao nhất 1351200 U/L. Kết quả tải lượng HBV-ADN trung bình của người bệnh nghiên cứu là 6,09 ± 1,78 log₁₀ IU/ml với giá trị cao nhất là

8,92 log₁₀IU/ml. Tỷ lệ người bệnh có tải lượng HBV-ADN từ 5 log₁₀IU/ml trở lên chiếm tới 74,2% trong đó có 17,6% người bệnh tải lượng HBV-ADN ≥ 8 log₁₀IU/ml.

Bảng 3.3: Kết quả đáp ứng vi rút

Thời gian		6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng	30 tháng
Đáp ứng vi rút	n	62	79	70	67	50
	%	56,4	67,0	85,4	82,7	87,7
Đáp ứng vi rút 1 phần	n	47	35	10	10	1
	%	42,7	29,6	12,2	12,4	1,8
Không đáp ứng vi rút	n	0	0	1	1	2
	%	0	0	1,2	1,2	3,5
Bùng phát vi rút	n	1	4	1	3	4
	%	0,9	3,4	1,2	3,7	7,0
Tổng	n	110	118	82	81	57
	%	100	100	100	100	100
Thời gian		36 tháng	42 tháng	48 tháng	54 tháng	60 tháng
Đáp ứng vi rút	n	54	50	51	26	36
	%	80,6	94,3	96,2	81,3	83,7
Đáp ứng vi rút 1 phần	n	7	1	1	3	4
	%	10,4	1,9	1,9	9,4	9,3
Không đáp ứng vi rút	n	3	1	0	1	0
	%	4,5	1,9	0	3,1	0
Bùng phát vi rút	n	3	1	1	2	3
	%	4,5	1,9	1,9	6,2	7,0
Tổng	n	67	53		32	43
	%	100	100	100	100	100
Thời gian		66 tháng	72 tháng	78 tháng	84 tháng	
Đáp ứng vi rút	n	23	34	12	21	
	%	92	91,9	85,7	80,8	
Đáp ứng vi rút 1 phần	n	1	2	1	5	
	%	4	5,4	7,1	19,2	
Không đáp ứng vi rút	n	0	1	0	0	
	%	0	2,7	0	0	
Bùng phát vi rút	n	1	0	1	0	
	%	4	0	7,1	0	
Tổng	n	25	31	14	26	
	%	100	100	100	100	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng vi rút sau 6 tháng điều trị TDF là 56,4% sau đó tỷ lệ tăng theo thời gian dao động >80% sau 18 tháng điều trị.

Bảng 3.4: Kết quả đáp ứng sinh hóa

Thời gian		6 tháng	12 tháng	18 tháng	24 tháng	30 tháng
Đáp ứng sinh hóa	n	84	91	69	68	44
	%	75,0	77,1	82,1	80,9	73,3
Không đáp ứng sinh hóa	n	28	27	15	15	16
	%	25,0	22,9	17,9	17,9	26,7
Bùng phát sinh hóa	n	0	0	0	1	0
	%	0	0	0	1,2	0
Tổng	n	112	118	84	84	60
	%	100	100	100	100	100
Thời gian		36 tháng	42 tháng	48 tháng	54 tháng	60 tháng
Đáp ứng sinh hóa	n	58	43	47	24	39
	%	85,3	79,6	88,7	75,0	90,7
Không đáp ứng sinh hóa	n	10	10	6	8	4
	%	14,7	18,5	11,3	25,0	9,3
Bùng phát sinh hóa	n	0	1	0	0	0
	%	0	1,9	0	0	0
Tổng	n	68	54	53	32	43

	%	100	100	100	100	100
Thời gian		66 tháng	72 tháng	78 tháng	84 tháng	
Đáp ứng sinh hóa	n	23	32	14	22	
	%	92,0	84,2	93,3	81,5	
Không đáp ứng sinh hóa	n	2	6	1	5	
	%	8,0	15,8	6,7	18,5	
Bùng phát sinh hóa	n	0	0	0	0	
	%	0	0	0	0	
Tổng	n	25	38	15	27	
	%	100	100	100	100	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng sinh hóa thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 73,3% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 93,3% ở tháng 78 tháng điều trị TDF.

Bảng 3.5: Kết quả đáp ứng huyết thanh HBeAg ở người bệnh HBeAg dương tính

Thời gian điều trị	Đáp ứng HBeAg		Không đáp ứng HBeAg		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
6 tháng	9	14,3	54	85,7	63	100
12 tháng	11	18,0	50	82,0	61	100
18 tháng	5	13,5	32	86,5	37	100
24 tháng	9	18,4	40	81,6	49	100
30 tháng	2	6,7	28	93,3	30	100
36 tháng	7	18,9	30	81,1	37	100
42 tháng	5	17,9	23	82,1	28	100
48 tháng	5	19,2	21	80,8	26	100
54 tháng	4	22,2	14	77,8	18	100
60 tháng	6	30	14	70	20	100
66 tháng	4	36,4	7	63,6	11	100
72 tháng	7	33,3	14	66,7	21	100
78 tháng	2	22,2	7	77,8	9	100
84 tháng	5	45,4	6	65,6	11	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng huyết thanh HBeAg ở những người bệnh có HBeAg dương tính ở thời điểm 6 tháng điều trị TDF là 14,3%, tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 6,7% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 45,4% ở tháng 84 tháng điều trị TDF.

Bảng 3.6: Kết quả đáp ứng huyết thanh HBsAg

Thời gian điều trị	Đáp ứng HBsAg		Không đáp ứng HBsAg		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
24 tháng	0	0	75	100	75	100
30 tháng	0	0	54	100	54	100
36 tháng	1	1,4	65	98,4	66	100
42 tháng	3	5,6	51	94,4	54	100
48 tháng	2	4,0	48	96,0	50	100
54 tháng	2	6,7	28	93,3	30	100
60 tháng	2	4,8	40	95,2	42	100
66 tháng	4	16,0	21	84,0	25	100
72 tháng	5	14,5	32	86,5	37	100
78 tháng	3	20,0	12	80,0	15	100
84 tháng	3	11,5	23	88,5	26	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng huyết thanh HBsAg ở những người bệnh ở thời điểm 36 tháng điều trị TDF là 1,4% (1/66 người bệnh), tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 4,8% (2/42 người bệnh) ở tháng 60 điều trị và cao nhất 20% ở tháng 78 tháng điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Viêm gan vi rút B mạn là bệnh do HBV gây ra, bệnh kéo dài nhiều năm, bệnh để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng như xơ gan và ung thư tế bào gan. Các biện pháp điều trị nhằm ức chế sự nhân lên của HBV đã hạn chế được các hậu quả của bệnh gây ra. Hiện nay có 2 chiến lược điều trị viêm gan vi rút B mạn (HBeAg dương tính và HBeAg âm tính) đó là điều trị có thời hạn với thuốc PegIFN và điều trị kéo dài với các thuốc loại NAs. Trong các loại thuốc NAs được chỉ định điều trị, TDF là thuốc có tỷ lệ kháng thuốc thấp, có hàng rào di truyền kháng thuốc cao vì thế được lựa chọn trong điều trị viêm gan vi rút B mạn hiện nay. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 206 người bệnh viêm gan vi rút B mạn có điều trị TDF dựa vào những bằng chứng của HBV (HBV-ADN) và hủy hoại tế bào gan (ALT) nhiễm vi rút dưới tác động của đáp ứng miễn dịch. Về các đặc điểm chung chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh nam giới chiếm đa số 63,6% (bảng 3.2). Tuổi trung bình chung là $39,9 \pm 13,6$ (tuổi), người bệnh cao tuổi nhất là 79 tuổi (bảng 3.2). Tải lượng HBV-ADN là xét nghiệm để đánh giá sự tồn tại và nhân lên của HBV, có giá trị tiên lượng, xác định tính lây nhiễm, chỉ định điều trị và theo dõi trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tải lượng HBV-ADN trung bình là $6,27 \pm 1,58 \log_{10} \text{IU/ml}$, trong đó tỷ lệ HBV-ADN từ $5 - <8 \log_{10} \text{IU/ml}$ là 58,7% và $\geq 8 \log_{10} \text{IU/ml}$ là 17,5% (bảng 3.2). Triệu chứng lâm sàng của người bệnh viêm gan vi rút B mạn thường kín đáo, không điển hình nhưng kết quả xét nghiệm ALT rất có sự khác biệt với ALT tăng. Trong số 206 người bệnh nghiên cứu có 69,9% số người bệnh có ALT $\geq 2 \text{ ULN}$ trong đó có 26,3% số người bệnh có biểu hiện bùng phát viêm gan cấp với

ALT ≥ 5 ULN và ALT trung bình là $195,8 \pm 265,7$ U/L với giá trị cao nhất là 2309 U/L và thấp nhất là 18 U/L (bảng 3.2). Cùng với tải lượng HBV-ADN, HBeAg là một trong những dấu ấn đánh giá sự nhân lên của HBV và liên quan đến mức độ nặng của bệnh. HBeAg là yếu tố làm tăng khả năng lây nhiễm của HBV. Anti-HBe là kháng thể xuất hiện khi HBeAg mất đi nhưng thường có một khoảng thời gian ngắn tồn tại cùng lúc 2 dấu ấn này.

Mục tiêu chung trong điều trị bệnh viêm gan vi rút B mạn là cải thiện chất lượng cuộc sống và cứu sống người bệnh bằng cách ngăn cản sự tiến triển của bệnh tới xơ gan, HCC và tử vong. Mục tiêu cụ thể điều trị viêm gan vi rút B mạn bao gồm bình thường ALT, giảm hay mất HBV-ADN, chuyển đảo huyết thanh ở những người bệnh có HBeAg dương tính, cải thiện mô học của tế bào gan và cuối cùng là chuyển đảo huyết thanh HBsAg [4],[8]. Những mục tiêu này có thể đạt được nếu quá trình nhân lên của HBV bị ức chế bền vững. Sự ức chế nhân lên HBV bền vững sẽ làm cải thiện mô học của tế bào gan, giảm nguy cơ xơ gan và ung thư tế bào gan đặc biệt ở những người bệnh không có xơ gan. Tuy nhiên nhiễm HBV mạn không bị loại bỏ hoàn toàn do sự tồn tại của cccDNA trong tế bào gan bị nhiễm bệnh và có thể dẫn đến tái hoạt động HBV. Vì vậy điều quan trọng là giảm và duy trì mức độ HBV-ADN huyết thanh ở mức không phát hiện được là mục đích thực sự của điều trị viêm gan vi rút B mạn. TDF là dẫn chất nucleotit chỉ định điều trị viêm gan vi rút B mạn từ 2008. Thuốc có tác dụng ức chế HBV polymerase và làm giảm nhanh HBV-ADN. TDF có hiệu quả với các chủng HBV tự nhiên, HBV kháng lamivudin và HBV kháng ETV. Điều trị TDF ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn cải thiện đáng kể xét nghiệm sinh hóa ALT. Để đánh giá hiệu quả điều trị kéo dài thuốc TDF chúng tôi tiến hành theo dõi và phân tích 206 người bệnh viêm gan vi rút B mạn có tuân thủ điều trị TDF. Kết quả đáp ứng sinh hóa: 6 tháng là 75,0%, 1 năm là 77,1%, 2 năm là 80,9%, 3 năm là 85,3%, 4 năm là 88,7% và 7 năm là 81,5% (bảng 3.4). Chuyển đảo huyết thanh HBeAg ở những người bệnh có HBeAg dương tính cũng là 1 trong những tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị. Kết quả chuyển đảo HBeAg ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn có HBeAg dương tính điều trị TDF sau 1 năm là 18%, sau 2 năm là 18,4% và sau 7 năm là 45,4% số người bệnh đến khám lại (bảng 3.5). Tỷ lệ đáp ứng vi rút sau 1 năm điều trị TDF là 67%, tỷ lệ tăng dần và sau 4 năm điều trị tỷ lệ là 96,2% số người bệnh đến khám (Bảng 3.3). Nhiều nghiên

cứu của các tác giả trên thế giới đánh giá hiệu quả điều trị thuốc TDF ở những thời điểm khác nhau và có những kết quả điều trị khác nhau [6, 7]. Nghiên cứu của Ahn SS (2014) trên 120 người bệnh viêm gan vi rút B điều trị TDF sau 1 năm điều trị TDF nhận thấy tỷ lệ đáp ứng vi rút là 83,3% và đáp ứng sinh hóa 88,2% [5].

Bên cạnh những mục tiêu cụ thể điều trị viêm gan vi rút B mạn là bình thường ALT, giảm hay mất HBV-ADN, chuyển đảo huyết thanh HBeAg, cải thiện mô học tế bào gan thì mục tiêu chuyển đảo huyết thanh HBsAg đánh giá sự khỏi bệnh. Tuy nhiên sự mất đi của HBsAg thường thấp khi điều trị thuốc kháng vi rút kéo dài và tần suất tái phát HBV cao khi ngừng điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sau 3 năm điều trị trong số 66 người bệnh có 01 người bệnh (1,4%), sau 4 năm trong 50 người bệnh có 2 người bệnh (4,0%) và sau 7 năm trong 26 người bệnh có 3 người bệnh (11,5%) có chuyển đảo huyết thanh HBsAg (bảng 3.6).

Như vậy sử dụng thuốc kháng vi rút TDF trong điều trị viêm gan vi rút B mạn có tác dụng ức chế HBV và ổn định chức năng gan hạn chế được các hậu quả của bệnh gây ra. Tuy nhiên tỷ lệ đáp ứng vi rút khác nhau tùy theo nghiên cứu, tình trạng người bệnh và đặc biệt là tải lượng HBV-ADN trước điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng vi rút sau 6 tháng điều trị là 56,4% sau đó tỷ lệ tăng theo thời gian dao động $>80\%$ sau 18 tháng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng sinh hóa thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 73,3% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 93,3% ở tháng 78 tháng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng huyết thanh HBeAg ở những người bệnh có HBeAg dương tính ở thời điểm 6 tháng điều trị là 14,3%, tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 6,7% ở tháng 30 điều trị và cao nhất 45,4% ở tháng 84 tháng. Tỷ lệ đáp ứng HBsAg ở những người bệnh ở thời điểm 36 tháng điều trị là 1,7% (1/66 người bệnh), tỷ lệ này thay đổi với tỷ lệ thấp nhất là 4,8% (2/42 người bệnh) ở tháng 60 điều trị và cao nhất 20% (3/15 người bệnh) ở tháng 78 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries. 2024.
2. He, F., et al., Clinical Efficacy and Safety of Tenofovir in the Treatment of Patients with Chronic Hepatitis B. Evid Based Complement Alternat Med, 2022. 2022: p. 1673453.
3. Liver, E.A.f.t.S.o.t., EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology, 2017.
4. Seto, W.K., et al., Chronic hepatitis B virus

- infection. *Lancet*, 2018. 392(10161): p. 2313-2324.
5. **Ahn, S.S., et al.**, Tenofovir disoproxil fumarate monotherapy for nucleos(t)ide-naïve chronic hepatitis B patients in Korea: data from the clinical practice setting in a single-center cohort. *Clin Mol Hepatol*, 2014. 20(3): p. 261-6.
 6. **Zheng, S., et al.**, Efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate in Chinese patients with chronic hepatitis B virus infection: A 2-year prospective study. *Medicine*, 2019. 98(42): p. e17590.
 7. **Cai, D., et al.**, Comparison of the long-term efficacy of tenofovir and entecavir in nucleos(t)ide analogue-naïve HBeAg-positive patients with chronic hepatitis B: A large, multicentre, randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*, 2019. 98(1): p. e13983.
 8. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút B, ban hành kèm theo quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2019.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LÁC CÓ CHỈNH CHỈ TRÊN BỆNH NHÂN LÁC NGANG CƠ NĂNG NGƯỜI LỚN

Nguyễn Xuân Đức¹, Nguyễn Xuân Tịnh², Nguyễn Minh Phú³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lác ngang là hình thái chiếm tỷ lệ lớn trong lác cơ năng ở người lớn. Các cách thức phẫu thuật lác ngày nay đều dựa trên nguyên tắc tăng cường hoặc làm yếu cơ vận nhãn. Trong đó, phẫu thuật lác có chỉnh chỉ đang được chứng minh là mang lại nhiều lợi ích ở người lớn, giúp gia tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 36 bệnh nhân lác ngang cơ năng tại Bệnh viện Mắt Hà Nội, được phẫu thuật lác có chỉnh chỉ từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024. Thời gian theo dõi tối thiểu là 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy 94,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt, trong khi 5,6% đạt kết quả trung bình và kém. Tỷ lệ thị giác hai mắt cải thiện từ 13,9% trước phẫu thuật lên 16,7% sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng thấp, chiếm 8,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật lác có chỉnh chỉ ở bệnh nhân lác ngang cơ năng giúp đạt tỷ lệ cân bằng trục nhãn cầu cao và an toàn, tuy nhiên hiệu quả cải thiện thị giác vẫn còn hạn chế. **Từ khóa:** Lác chỉnh chỉ, lác ngang cơ năng.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF ADJUSTABLE SUTURE STRABISMUS SURGERY IN ADULTS WITH COMITANT HORIZONTAL STRABISMUS

Background: Horizontal strabismus is the most common type of functional strabismus in adults. Current surgical methods for strabismus are based on the principle of strengthening or weakening the extraocular muscles. Among these, adjustable suture strabismus surgery has been shown to provide many benefits in adults, increasing the success rate of

surgery. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 36 patients with functional horizontal strabismus at Hanoi Eye Hospital, who underwent adjustable suture strabismus surgery from January 2021 to December 2024. The minimum follow-up period was 6 months. **Results:** The study showed that 94.4% of patients achieved good outcomes, while 5.6% had fair or poor outcomes. Binocular vision improved from 13.9% before surgery to 16.7% after surgery. The complication rate was low, at 8.3%. **Conclusion:** Adjustable suture strabismus surgery in patients with functional horizontal strabismus provides a high and safe rate of ocular alignment, although the improvement in binocular vision remains limited. **Keywords:** Adjustable suture, functional horizontal strabismus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác là bệnh lý bất thường vận nhãn hay gặp, gây ảnh hưởng đến quá trình hình thành và phát triển thị giác hai mắt, gây mất thẩm mỹ, từ đó gây tác động xấu đến cuộc sống hằng ngày của bệnh nhân. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Hà Huy Tiến, tỷ lệ lác ở người lớn vào khoảng 4%[1]. Ở người trưởng thành, lác có thể là bệnh lý từ thời thơ ấu chưa được điều trị, tồn dư hoặc tái phát sau phẫu thuật, hoặc mới xuất hiện do các bệnh lý tại mắt và thần kinh như chấn thương, u hốc mắt, bệnh mắt tuyến giáp, liệt vận nhãn hay các bệnh lý thần kinh cơ khác.

Nguyên tắc điều trị lác hiện nay là tập trung vào làm thẳng trục nhãn cầu ở tư thế nhìn thẳng, đồng thời bảo tồn và cải thiện thị giác hai mắt (TG2M). Song song với sự phát triển của nền y học hiện đại, các phương thức điều trị ngày càng đa dạng như chỉnh lác bằng lăng kính, tiêm botulinum toxin hay phẫu thuật. Trong đó, phẫu thuật vẫn giữ vai trò then chốt, đặc biệt trong điều trị lác ngang cơ năng, nhờ khả năng trực tiếp điều chỉnh sự lệch trục nhãn cầu.

Tuy nhiên, ở người lớn, phẫu thuật lác không chỉnh chỉ thường gặp hạn chế do khả năng thích

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Hà Nội

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Đức

Email: xuanducvp1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025